

敦賀医療センター 申込書

平成 年 月 日

敦賀医療センター 院長 宛

申込者
 代表者 住所
 氏名
 電話番号
 団体名

次の通り「出張健康講座」を申し込みます。

希望日時	<<第1希望>> 平成 年 月 日 曜日 時 分～ 時 分
	<<第2希望>> 平成 年 月 日 曜日 時 分～ 時 分
会場	①会場名 駐車場(あり・なし)
	②会場住所
	③会場の電話番号
希望講座	<<第1希望>> No 講座名
	<<第2希望>> No 講座名
参加予定人数	人(10名以上でお願いします。)
会場	<input type="checkbox"/> 出張講座単独で実施
	<input type="checkbox"/> 他の会合と併せて実施 会合名
	会合開始時刻 時 分
備考	

※会場は敦賀市・美浜町・若狭町とし、申込者において確保してください。
 ※講師の都合により、希望日時に添えない場合もございますので、ご了承ください。

こちらを **FAX:0770-25-0354** (地域医療連携室) までご送信ください。

お問合せ先

☎ 0770-25-1600

地域医療連携室
 けんこう出前講座担当